

Φωτογραφία

ΙΚΑΝΟΣ-Η

ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ-Η

(*)

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ^()**

Ο υπογεγραμμένος γιατρός ειδικότητας
συμβεβλημένος με την Διεύθυνση Μεταφορών και Επικοινωνιών
...../του κρατικού νοσηλευτικού ίδρυματος ή κρατικού κέντρου
υγείας (*), για την ιατρική εξέταση υποψηφίων οδηγών ή οδηγών για χορήγηση ή
ανανέωση άδειας οδήγησης:

ΠΙΣΤΟΠΟΙΩ

ότι εξέτασα σήμερα στο ιατρείο μου/κρατικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κρατικό κέντρο
υγείας(*) επί της οδού αριθμός περιοχή
....., τον-την (*) του
(Όνομα πατρός), με ημερομηνία γέννησης .../.../..., διεύθυνση κατοικίας
....., ΑΜΚΑ:....., κατά παραγγελία του
ιατρούειδικότητας(**)

Κατά την παραπάνω εξέταση έλαβα υπόψη μου:

1. Το αριθμ. Βιβλιάριο Υγείας του
2. Τις προβλεπόμενες εξετάσεις
3. Το από ιατρικό πιστοποιητικό ή ιατρική γνωμάτευση του Νοσοκομείου
.....ότι.....
4. Το ερωτηματολόγιο για έλεγχο του Αποφρακτικού τύπου Συνδρόμου Απνοιών
Υποπνοιών
5. Την πρόσφατη ειδική διαγνωστική έκθεση ότι είναι άτομο με μαθησιακή
δυσκολία (*).
6. Την αριθμ./.....απόδειξη είσπραξης Ευρώ: #.....#
(.....).
7.

Και τον-την (*) κρίνω

ΙΚΑΝΟ-Η

(*)

ΜΗ ΙΚΑΝΟ-Η

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΤΟ Ε.Ι.Α.Α. ΗΝΙΟΧΟΣ Κέντρο
Αξιολόγησης Ικανότητας και Προετοιμασίας
Οδήγησης ΆμεΑ

(*)

για να του/της χορηγηθεί - ανανεωθεί (*)

άδεια

ΟΜΑΔΑΣ 1

η

(*)

ΟΜΑΔΑΣ 2

οδήγησης της

Η ισχύς της άδειας οδήγησης θα είναι γιαέτος-η (*)
Παρατηρήσεις και Κωδικοί επί της άδειας οδήγησης :

.....

.....

...../...../20.....

Ο Ιατρός

(Υπογραφή -

Σφραγίδα)

(*) Διαγράφεται ό,τι δεν ισχύει ή δεν χρειάζεται

(**) Συμπληρώνονται τα στοιχεία του ιατρού που έκανε την παραπομπή για ιατρική
εξέταση

(***) Συμπληρώνεται από τον ιατρό που διενεργεί την εξέταση πλην του
οφθαλμιάτρου